

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : V/0120/5804 APPLICATION DATE : 30/11/2020
आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : TILOTTAMA SARKAR AGE-YEARS 72 SEX F
आवेदक का नाम आयु-वर्ष लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : HANIKLAL SARKAR
पिता/सहोदर का नाम



PRESENT RESIDENCE ADDRESS : SODEPUR DANIHATI, NORTH 24 PARAGANAS
780103, WEST BENGAL
वर्तमान आवासीय पता

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE
स्थायी आवासीय पता

OCCUPATION : HOUSEWIFE MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : RS 2250 x 12 = 27000 (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक आय (आय का सबूत संलग्न)

PAN No. वर्षा खाता संख्या
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर चिह्न का निशान लगाएं): हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS (परिवार विवरण)

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ संबंध
1	TILOTTAMA SARKAR	72	F	SELF
2	HANIKLAL SARKAR	43	M	SON
3	BISWAJIT SARKAR	28	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विधि आधार

EPL Card (Attach Card Copy) एपीएल कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) एयूएस प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
--	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये विधि का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अनुसंधान/दवाखर्च से जारी की गई दवाखर्च सूची संलग्न
1	DIAGNOSIS — CATARACT — LE
2	SURGERY — LE (SILENTIAL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गयी है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED हो गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शेक ह्य कएत करः)

- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
 - 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance was requested by me.
 - 3) I hereby confirm that I have not & will not in future, avail of reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 1) मै घोषणा करत हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाये तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 2) मै ह्य कएत करत हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में पत्र पत्र है।
 3) मै घोषणा करत हूँ कि मैं सहायता हेतु या उद्देश्य को नहीं हूँ, इस लक्ष्य का अतिरिक्त या अलग किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/बीमा कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शेक ह्य कएत करः)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/put-up/reproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but not limited to verbal, print, electronic, for soliciting donations for Koshika Foundation and/or disseminating information about it's activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfillment of the "purpose" for which assistance is being requested.
 - 2) I (Applicant) further agree that any such use of my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, will not automatically entitle me for receiving or continuing the said assistance. The decision for granting and/or continuing the assistance will rest solely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रारूप पर अपनी हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (अर्शेक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में संक्षिप्त है, उसे "कोशिका" एवम् "न्यासी" के, सचकात रूप से उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार संचयन से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरी प्रारूप का विवरण मेरी उद्देश्य के पालन या कर में कानून के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यासी अधिकृत है।
 2) मैं (अर्शेक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रसारित है जुड़े सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासी का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शेक के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल ह्य कएत करः)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & except following:

- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is not granted by Koshika Foundation, in part or in full, then the Hospital reserves it's right to make up the shortfall from another NGO or any other source. This confirmation essentially states that the Hospital will not avail any duplicate assistance for the same patient/case from any other NGO or any other source.
- 2) The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/procedure advised/conducted by the Hospital on the patient, is based on the arrangement between the patient & the Hospital, and is in no way influenced by Koshika Foundation. Hence, the Hospital will assume sole & complete responsibility of the treatment & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की और से सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रस्ताव करते हैं।
 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी सहायक किसी भी सहायक संचयन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या ली जा रही है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/प्रस्तावित उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" ह्य कएत करत हूँ कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" ह्य कएत करत हूँ कि है, तो हमें सहायता किसी अन्य स्रोत से सहायता हेतु या ली जा सकती है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाया है कि सहायता सिफारिश करत उक्त रोगी/रोगी के लिये किसी भी सहायक संचयन या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेना/लेनी।
 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल ह्य कएत करत है कि वे उपचार/उपचार का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विचार है और "कोशिका फाउन्डेशन" ह्य कएत करत का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अपने अपने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई वित्तियक या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
 Dr. Priyansha [Signature] Director
 Chib Sankar Begoni
 Director

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 30/1/2020	Susret Eye Foundation & Research Centre (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप, र. नं. 70555	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
---	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2
	